

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N° 128

—
THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR
René-Patrice BOUREAU

Né le 16 Octobre 1899 à Tours.

A propos d'un Cas
DE
Lymphogranulomatose Inguinale Subaigue
à forme fébrile

Président : **M. LEMIERRE**, *Professeur.*

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1927

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

René-Patrice BOUREAU

Né le 16 Octobre 1899 à Tours.

A propos d'un Cas DE Lymphogranulomatose Inguinale Subaigue à forme fébrile

Président : M. LEMIERRE, *Professeur.*

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LEGÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	{ N...
	{ BEZANÇON
	{ ACHARD
	{ WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	{ DELBET
	{ HARTMANN
	{ LEJARS
	{ GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale	OMBEDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU
Clinique propédeutique	DUVAL
Professeur sans chaire	SERGENT
id.	BRANCA
id.	ROUVIERE

Agrégés en exercice

3111.

ABRAMI..... Pathologie médicale.
AUBERTIN..... Pathologie médicale.
BASSET..... Pathologie chirurgicale
BAUDOIN..... Pathologie médicale.
BINET..... Physiologie.
BLANCHETIERRE ... Chimie biologique.
BROCCO..... Pathologie chirurgicale
BRULÉ..... Pathologie médicale.
CADENAT..... Pathologie chirurgicale
CHABROL..... Pathologie médicale.
CHAMPY..... Histologie.
CHIRAY..... Pathologie médicale.
CLERC..... Pathologie médicale.
DEBRÉ..... Hygiène.
I. de JONG ... Anatomie pathologique
DOGNON..... Physique.
DONZELOT ... Pathologie médicale.
DUVOIR..... Médecine légale.
ÉCALLE..... Obstétrique.
FIESSINGER... Pathologie médicale.
GARNIER..... Pathologie expériment.
GATELLIER... Pathologie chirurgicale
HARVIER..... Pathologie médicale.

MM.

HIEITZ-BOYER Urologie.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL..... Pathologie médicale.
JOYEUX Parasitologie.
LABBÉ(H.).... Chimie biologique.
LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale
LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie
LEVY-SOLAL .. Obstétrique.
LIHERMITTE ... Pathologie mentale.
LIAN Pathologie médicale.
MATHIEU Pathologie chirurgicale
METZGER..... Obstétrique.
MONDOR..... Pathol. chirurgicale
MOURE Pathol. chirurgicale.
MULON Histologie
PHILIBERT Bactériologie
RICHIET Fils... Physiologie
SÉZARY..... Dermatologie et syphi-
 ligraphie.
VAILLERY-RADOT
 (Pasteur)... Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL... Obstétrique.
VELTER..... Ophtalmologie.
VERNE..... Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

GOUGEROT .. Pathologie médicale.
GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

BETTERER... Histologie.
TANON .. Pathologie médicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.
ALGLAVE..... Clinique chirurgicale
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.... Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.... Clinique médicale.
LE LORIER.... clinique obstétricale.
LEREBOULET.. Cliniq. méd. infantile.

MM.
LÉRI..... Clinique médicale.
LOEPER..... Clinique médicale.
MOCQUOT... clinique chirurgicale.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ.... Clinique chirurgicale.
VILLARET.. clinique médicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

À MON PÈRE

EX-CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL DE CLOCHEVILLE

ET

A MA MÈRE

*Témoignage de mes sentiments
très affectueux.*

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur LEMIERRE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BICHAT

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de ce travail.*

*Et qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE TOURS

MESSIEURS LES DOCTEURS : BONDOUY, BOIVIN, CHEVÉ, COSSE, DUBREUIL-CHAMBARDEL (*in memoriam*), FAIX, GAUDEAU, GUIBAUD, HUG, MALET, MENUET (*in memoriam*), MEUNIER, PARISOT, TILLAYE, A. VIALLE.

Et en particulier à mes chefs de service ;

LE DOCTEUR GUILLAUME LOUIS

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL DE TOURS

LE DOCTEUR BOSC

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
MÉDECIN-CHEF DE L'HÔPITAL DE TOURS

LE DOCTEUR THIERRY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
MÉDECIN-CHEF DE LA MATERNITÉ DE TOURS

*Témoignage de profonde gratitude pour
leur enseignement et l'accueil bienveil-
lant que j'ai toujours trouvé auprès
d'eux.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS
MESSIEURS LES DOCTEURS GENOUVILLE, LEMOINE,
MESLAY, MARQUEZY et SAUVÉ.

Et en particulier à mes chefs de service :

LE DOCTEUR AUVRAY

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL LAENNEC

LE DOCTEUR PAPILLON

MÉDECIN DE L'HÔPITAL TROUSSEAU

LE DOCTEUR A. BLOCH

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DE L'HÔPITAL BRETONNEAU

Témoignages de respect et de reconnaissance.

INTRODUCTION

Depuis très longtemps, il a été décrit au niveau des aînés, une variété d'adénite, à évolution spéciale.

Nous citerons en particulier Chassaignac et Velpeau. La leçon clinique de Nelaton en 1890. La thèse de L'Hardy en 1895. Les travaux de Brault, de Marion et Gandy.

Mais c'est surtout depuis les travaux du professeur Nicolas, de MM. Durand et Favre, et la thèse de Gaté (1913) que l'on a pu préciser et mettre au point la description clinique et anatomique de cette affection.

Depuis la guerre, il semble que les observations se soient multipliées.

Parmi les travaux récents, nous citerons les nombreuses publications de M. Ravaud, les thèses de Couppey et de Seyer ; les travaux de MM. Gastinel et Reilly, et le récent article de MM. E. Duhot et R. Julliot. (Pratique médicale française, juin 1927).

A l'aide de ces travaux récents, il semble que l'on puisse préciser certains points de cette affection.

Et c'est à l'occasion d'un cas un peu particulier de lymphogranulomatose inguinale subaigue que nous nous proposons d'étudier les troubles généraux, et la fièvre en particulier qui accompagnent souvent cette affection locale.

L'étude de ces réactions générales est intéressante, et comme le font remarquer MM. Duhot et Julliot :

« Ces signes d'infection générale ont motivé la dénomination de Ravaud : Poradénie suppurée bénigne à forme septicémique.

Pour cet auteur, la lymphogranulomatose est une maladie générale accompagnée comme la syphilis d'une infection étendue au corps entier, ainsi qu'en témoignent les signes généraux et les modifications sanguines ».

CHAPITRE I

Etude de l'observation qui nous a inspiré cette thèse

M. R. Pietro, entre dans le service de Monsieur le Professeur Lemierre, à l'hôpital Bichat, le 31 août 1927.

Le malade, âgé de 22 ans, cimentier, se présente à son entrée, avec une température à 40°, une grande prostration avec céphalée, inappétence.

Ce jeune homme, fait remonter le début de sa maladie au commencement du mois d'août, époque où on lui fit une piqûre de sérum antitétanique pour blessure au pied par un clou.

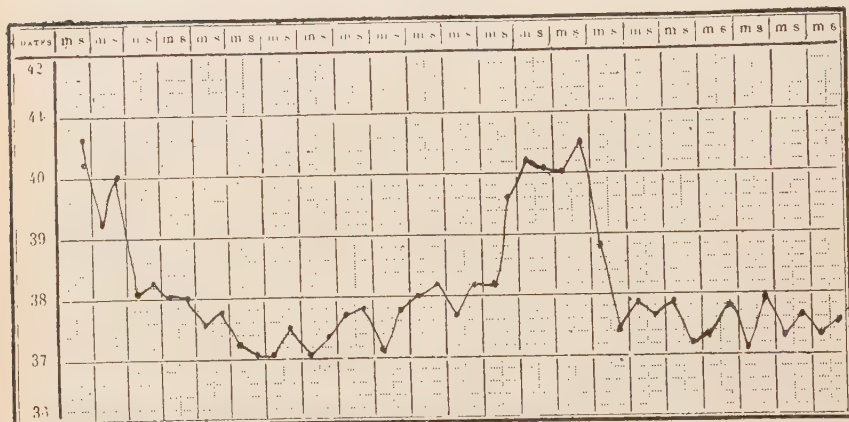
Cinq jours après l'injection, la première qu'il ait eu de ce genre, il faisait des accidents seriques marqués, avec température à 40°, gros placards érythémateux sur tout le corps, œdème, prurit, arthralgies. Etat général assez mauvais, fatigue céphalée.

Deux ou trois jours après, amélioration nette, mais

la température persiste encore une huitaine, s'élevant jusqu'à 39°5-40°.

Le malade put ensuite reprendre son travail.

Le 31 août, nouvelle ascension de température, et le malade entre dans le service.



Le jour de son entrée, température à 40°7; le lendemain matin, 39°3.

Le malade est dans un état de prostration marquée. La face, l'extrémité inférieure du thorax sont très rouges.

L'abdomen est souple, la rate est perceptible, non palpable.

L'examen des autres appareils ne montre rien à si-

gnaler. Par contre, sur le prépuce, une ulcération sans caractère spécial, rappelant l'herpès, et la cicatrice d'une ulcération analogue.

Interrogé, le malade répond qu'il a eu au moment de son erythème serique, des boutons à la verge, qu'il a grattés et écorchés.

Dans les aines, et à la partie supérieure du triangle de Scarpa, il existe, des deux côtés, une grosse adénopathie douloureuse, avec un ganglion prédominant sur les autres.

De plus à la palpation profonde, au-dessus de l'arcade crurale, on sent, des deux côtés, les ganglions retro-cruraux hypertrophiés, faisant masse avec les ganglions inguinaux.

On trouve de plus un ganglion sus-épitrochléen hypertrophié des deux côtés, et un ganglion cervical gauche.

Dans les antécédents du malade, on relève seulement une légère atteinte de paludisme au cours d'un séjour à Tunis en 1923, et des épisodes passagers de vertiges, malaises très fugaces depuis un an, mais n'ayant jamais nécessité le repos au lit.

En 1923 également, une blennorragie soignée sans injection de vaccin.

Le malade est italien, en France depuis 2 ans, il a quitté l'Italie à l'âge de 15 ans, et voyagé en Afrique et en France.

En résumé, à son entrée dans le service on remarque chez ce malade une forte réaction générale accom-

pagnant une volumineuse adenopathie inguinale. Il existe de plus une ulcération au niveau du prépuce, ulcération due à des lésions de grattage au dire du malade, mais qui peut être considérée comme la porte d'entrée de l'infection.

Devant ce malade présentant une température à $40^{\circ}7$ une hémoculture est faite, qui reste négative.

D'ailleurs la température tombe rapidement. Le 1^{er} septembre elle est à $39^{\circ}3$ et le 2 septembre à 38° ; elle oscille à 38° pendant deux jours et redevient normale.

Le malade est alors traité par la solution iodo-iodurée à raison de 10 cm³ par jour.

La température reste quelques jours normale ; recommence à monter cependant.

Le 9 septembre elle est à $37^{\circ}9$;

Le 11 » elle oscille à 38° ;

Puis le 12 septembre $39^{\circ}5$;

13 — $40^{\circ}1$;

14 — $40^{\circ}2$.

Elle descend ensuite rapidement, le 15 septembre à $38^{\circ}9$ et le 16 à $37^{\circ}9$.

Le malade est alors traité par l'Emetine, à raison de 8 cgr. par jour en deux fois.

La température ne redevient pas complètement normale mais oscille entre $37^{\circ}5$ et 38° .

Le Lugol est alors repris — la température tombe à la normale — il y a une amélioration nette des lésions locales.

Le malade sort le 21 octobre, les adénopathies persistent mais considérablement diminuées.

Au début de son séjour à l'hôpital divers examens ont été fait :

La réaction de Wassermann pratiquée deux fois a été négative ;

L'examen de la formule sanguine a donné les résultats suivants :

Polynucléaires 77 o/o ;

Grands mononucléaires 10 o/o ;

Moyens mononucléaires 9 o/o ;

Lymphocytes 3 o/o ;

Eosinophiles 1 o/o ;

— Globules rouges 3.620.000 ;

— Globules blancs 7.800.

Au total, il s'agit d'un cas de Lymphogranulomatose chez lequel on a observé deux poussées de température d'une durée chacune de 4 à 5 jours. La première journée ayant atteint 40°7, la seconde 40°2.

A la suite de cette observation, différentes remarques peuvent être faites :

C'est tout d'abord la difficulté du diagnostic. Au début, devant ce malade présentant un état général atteint, avec température élevée, le diagnostic était difficile à poser.

L'hémoculture était négative, l'examen complet du malade ne montrait rien à signaler, si ce n'est la grosse réaction ganglionnaire localisée.

Quelle était la nature de cette adénite ?

La tuberculose ne pouvait guère être discutée. Aucun signe ne pouvait faire suspecter la syphilis, la petite

érosion du prépuce ne présentait aucun caractère rappelant le chancre. La réaction de Wassermann pratiquée à ce moment fut négative, une seconde réaction 20 jours après, fut encore négative.

L'érosion du prépuce ne présentait pas non plus les caractères de la chancrelle.

Enfin, le volume et la bilatéralité des ganglions n'étaient pas en rapport avec, une infection banale du Territoire lymphatique correspondant.

Certains signes au contraire, faisaient penser à la lymphogranulomatoïde inguinale subaigue.

C'était d'abord l'apparition de ces adénites après une érosion minime du prépuce.

D'autre part, le caractère de ces adénopathies, leur volume, la prise concomitante des ganglions rétro cruraux étaient assez caractéristiques.

On pouvait donc poser le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale subaigue.

Une question se posait alors : pouvait-on rattacher à cette affection elle même, cette courbe de température si particulière ?

Le malade avait reçu au début du mois d'août une injection de sérum antitétanique, il avait fait à ce moment une réaction serique avec température.

Cette réaction avait complètement disparue en quelques jours, et il était peu vraisemblable que l'on assiste à une reprise de ces accidents seriques.

Il est à remarquer d'autre part que la seconde pous-

sée de température a coïncidée avec le début du traitement par le lugol.

Il ne semble pas cependant que l'on puisse incriminer cette thérapeutique, le traitement par le lugol ayant été repris dans la suite sans aucune nouvelle poussée.

Il semble donc bien que l'on puisse attribuer à la lymphogranulomatose elle-même, les deux poussées de température observées.

Remarquons encore que chez ce malade, les adénites n'étaient pas nettement localisées à la région inguinocrurale. Il existait en effet deux ganglions épitrochléens perceptibles et un ganglion servical.

Cette constatation ne devait pas faire éliminer la lymphogranulomatose inguinale. On sait en effet que M. Ravaut a montré que : « Ces réactions peuvent s'étendre aux autres ganglions et sont perceptibles au niveau du cou et surtout des épitrochléens. »

CHAPITRE II

Ce cas de Lymphogranulomatose inguinale subaigue s'accompagnant de réactions fébriles de ce caractère n'est pas un cas isolé.

Nous nous permettons d'emprunter à la thèse de Couppey une observation que l'on peut rapprocher de la précédente :

OBSERVATION I

C. R. 23 ans, vernisseur. Entre le 14 septembre 1922, à l'hôpital pour une adénite inguinale double.

Le début de l'affection remonte aux premiers jours de septembre.

L'adénite apparaît successivement à droite et à gauche.

Aucune notion de contagion, mais une petite ulcération balano-préputiale à laquelle le sujet n'attache aucune importance parce qu'il y est sujet.

Dans l'aîne droite au-dessous de l'arcade et allongée parallèlement à elle, on trouve une masse de dimension

d'un œuf assez nettement délimitée. Elle est mobile sur les plans profonds, non douloureuse à la pression. Les téguments sont à ce niveau normaux.

Du côté gauche masse analogue un peu moins grosse cependant et un peu douloureuse.

Au niveau du sillon balano-préputial, exulcération sans caractère, grosse comme une lentille.

A ce moment on ne prend pas la température, on ne mesure ni le foie ni la rate.

Evolution et traitement

Le 15 septembre malaise, céphalée, insomnie, sueurs, anorexie, langue saburrale, douleur et gargouillement dans la fosse iliaque.

Température à 39°. Pouls à 60. Tension artérielle à 12-9.

Le foie mesure 16 cent. sur la ligne mamelonnaire, 9 ct. sur la ligne xiphoïde, la rate 14-10.

Les adénopathies ont augmenté de volume surtout grâce à la périadenite, elles sont devenues douloureuses à la pression.

La courbe de température est intéressante à étudier les jours suivants :

15	septembre,	température	39°
16	—	—	40°
17	—	—	38°5
18	—	—	38°2
19	—	—	39°2

Le 20 septembre amélioration manifeste, la température tombe à 38°. La céphalée a disparu, l'appétit est revenu.

Le 22 septembre, tous les phénomènes généraux ont disparu, néanmoins la péri adénite, la splénomégalie, et l'hépatomégalie ne se sont pas sensiblement améliorés.

C'est seulement le 28 septembre que les ganglions sont redevenus ce qu'ils étaient avant la poussée, en même temps le foie et la rate redeviennent normaux.

La poussée a duré huit jours pour les phénomènes généraux, et seize pour les phénomènes locaux.

Le 30 septembre, nouvelle poussée de température.
— La température recommence à monter en échelons rapides.

Le 4 octobre elle atteint 39°7, en même temps réapparaissent les mêmes troubles généraux, insomnie, anorexie, céphalée, constipation, hépato-splénomégalie et surtout périadénite.

Le foie mesure 17 ct. et 11 ct. La rate 12 - 10. Le malade est très abattu, la poussée semble plus sévère.

Le 4 octobre on entreprend des injections intra-veineuses de lugol de 1 - 2 - 3 - 4 - 5 ct.

Dans la nuit du 4 au 5 septembre, la température tombe à 39°5, du 4 au 6 à 38°2, du 4 au 7 à 38°6.

En même temps la périadénite douloureuse disparaît avec une extrême rapidité, elle fond de jours en jours. L'hépatosplénomégalie est plus lente à s'améliorer, on continue les injections.

Revenues à leur volume antérieur à la poussée, les adénopathies diminuent lentement, progressivement.

Le 17 octobre la masse inguinale droite apparaît scindée en deux petites masses grosses chacune comme une noisette.

Du côté gauche, masse de même volume.

En raison de l'induration des veines, le traitement est suspendu.

Le 31 octobre, la température jusque là normale à 37°, tend à s'élever.

Immédiatement le traitement par le lugol, cette fois par la bouche est repris.

La température ne dépasse pas 37°9 et retombe presque aussitôt à la normale.

Les ganglions qui avaient commencé à se tuméfier diminuent, on continue le traitement iodoioduré par os.

Les ganglions continuent à se rétracter mais avec une extrême lenteur.

Le 21 novembre l'adénite gauche a presque totalement disparu, du côté droit il persiste une noisette très dure.

Le 25 décembre, quand le malade quitte l'hôpital, cette petite masse ligneuse persiste inéductible.

D'après les deux observations que nous venons de citer, nous voyons qu'il existe des formes de lymphogranulomatose s'accompagnant de fièvre et de réactions générales présentant une intensité inaccoutumée. Il

semble que ces accès de fièvre surviennent par poussées successives.

MM. Gastinel et Reilly, a propos des signes généraux dans la lymphogranulomatose, ont décrit, comme ayant un type très particulier : « un type ondulant qui correspond à une série de poussées subintrantes. » Il semble bien que ces deux observations puissent être classées dans ce type.

Dans ces cas, la lymphogranulomatose inguinale subaigue semble bien évoluer par une suite de poussées successives. Ces poussées étant à la fois locales et générales.

Les poussées générales se manifestent non seulement par une température atteignant 39° et 40°, mais encore par une asthénie, des troubles gastro-intestinaux, une tuméfaction du foie et de la rate.

A ces poussées générales correspondent souvent une aggravation locale (par exemple Obs. I de la thèse de Couppey).

L'adénite augmente de volume, devient douloureuse. La péri-adénite devient plus marquée, fixant les ganglions, et c'est souvent au moment de ces poussées que l'on voit la tuméfaction se ramollir, la peau rougir et des fistules se former.

Quoi qu'il en soit, dans l'intervalle des poussées générales, les lésions locales persistent plus considérables qu'elles n'étaient avant la poussée thermique.

CHAPITRE III

Le type de fièvre que nous venons d'observer dans la lymphogranulomatose inguinale subaigue ne semble pas être le plus fréquemment observé.

Dans la plupart des cas, cette affection évolue, soit avec une absence complète de signes généraux, soit avec un type de fièvre tout différent.

Dans de nombreux travaux cette affection est décrite comme étant purement locales sans signes généraux.

Gaté, dans sa thèse écrit ainsi : « Il n'existe, la plupart du temps, pas de phénomènes généraux, pas de frissons, pas d'ascension thermique, pas de malaise général, rien en un mot qui rappelle, même de loin, ce qui se passe dans l'adéno-phlegmon ».

On peut lire de même dans la thèse de Seyer : « Le début ne s'accompagne que de phénomènes généraux peu importants, du moins chez notre malade, la température s'élève rarement au début à 37°5 et il ne présente que de la fatigue générale sans frissons ni inappétence ».

Il conclut plus loin « en somme la Lymphogranulo-

matose ne s'accompagne que de phénomènes généraux peu appréciables ».

Citons encore MM. Durand, Nicolas et Favre qui déclarent : « L'état général n'est pas touché ou l'est très peu ». (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 31 janvier 1913).

Enfin, parmi les nombreuses observations publiées par M. Ravaud, nous relevons :

« Pas de fièvre, pas de fatigue ». (Société médicale des Hôpitaux, 4 mars 1921).

De plus, à propos de 4 cas traités par l'ématine, il conclut « chez aucun nous n'avons vu d'élévation de la température, sauf élévation de 38° chez le premier ».

Nous voyons donc qu'il existe de nombreux cas de lymphogranulomatose sans réaction fébrile. Il existe cependant fréquemment *un état subfébrile continu*. C'est « l'éventualité la plus fréquente » disent MM. Gastinel et Reilly.

La température ne dépasse guère 38° et sa courbe est bien différente de celle que nous avons d'abord étudiée.

Nous avons relevé ce type dans de nombreuses observations.

MM. Ravaud, Boulin, Rabeau, dans un cas « ont relevé un état général mauvais, une température à 38°-39°5, des crampes, des douleurs osseuses, et une augmentation de volume du foie et de la rate ».

Citons encore l'observation empruntée à la thèse de Seyerz (résumée) :

Malade alsacien, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 27 janvier 1923.

Il vient pour une adénite inguinale bi-latérale indolente s'accompagnant de fatigue générale avec température oscillant entre 38 et 38,5

Cette adénite est en voie de ramollissement. Le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale subaigue est posé.

La température oscille quelques temps entre 37,5 et 38, mais baisse à la suite d'un traitement par l'émetine et la solution iodo-iodurée.

Citons encore l'observation II (Résumée de la thèse de Couppey) :

En même temps que les lésions locales, apparition de douleurs inguinales, anozexie, nausées, vomissements, asthénie.

L'amaigrissement s'accompagne de petite accès fébriles vespéraux, suivis de sueurs abondantes.

Amélioration passagère. Puis de nouveau l'état général s'aggrave. La température monte à 38°, la rate mesure 16 ct.

A ce moment la peau rougit et des fistules se forment.

— Nous citerons enfin, en dernier lieu, une observation où la courbe de température présente un type décrit par Gastinel et Reilly en ces termes : « La courbe suit un cycle régulier limité à une durée de 15 jours en moyenne, et dont le maximum atteint 40° ».

Nous empruntons cette observation à la thèse de Couppey (observation V) (Résumée).

Quelques jours après le début de la tuméfaction locale, la température s'élève à 37°, en même temps que surviennent de la céphalée, de l'anorexie. Le malade s'alite.

Il reste couché 40 jours et pendant toute cette période, chaque jour, la température monte à 39°5-39°.

La nuit il est baigné de sueurs. Puis brusquement la température retombe à la normale, aussitôt la tuméfaction diminue, cesse d'être douloureuse et après 15 jours d'apyrexie, le malade reprend son travail.

4 jours après la tuméfaction augmente à nouveau. A ce moment un traitement par le lugol, amène rapidement amélioration, puis guérison.

Tels sont les différents types de température observés au cours de la lymphogranulomatose inguinale subaigue.

On peut encore rechercher à quelle période de l'évolution on observe le plus souvent ces poussées thermiques.

Phylactos, dans sa thèse, remarque la fréquence des signes généraux au début. A la phase d'état au contraire, la maladie est surtout locale, une sorte d'accoutumance paraît être faite.

MM. Gastinel et Reilly ont déjà signalé ce mode de début : « Le début s'annonce brusquement et simule alors une adénite aiguë, la tuméfaction ganglionnaire s'effectue en quelques jours, puis les signes inflammatoires rétrocedent et l'affection prend une allure subaigue caractéristique ».

A une période plus tardive, si l'affection évolue jusqu'à l'ulcération, nous avons déjà signalé la fréquence de la fièvre et d'une poussée évolutrice au moment de la formation de la fistule.

Mais dans ce dernier cas, il faut remarquer très justement avec Gaté que : « si à la période d'état l'absence de phénomènes généraux est la règle, on doit cependant considérer qu'avec des ulcérations de cette importance les infections secondaires presque fatales sont par elles-mêmes bien susceptibles d'entraîner une aggravation marquée de l'état général ».

Enfin, nous signalerons pour terminer la fréquence des réactions thermiques dans les cas où l'affection a été traitée par l'ablation chirurgicale des masses ganglionnaires.

Ce fait a déjà été signalé par Seger qui montre, « qu'après traitement chirurgical, dans presque tous les cas on note une élévation de température à 39° ou même davantage. Cette température ne se maintient d'ailleurs pas ».

Nous avons déjà vu les difficultés de diagnostic que peuvent donner les formes fébriles de lymphogranulomalose.

On peut se demander en dernier lieu si ces fortes réactions fébriles ont une importance au point de vue du pronostic de l'affection.

D'après notre observation personnelle, et d'après les cas que nous avons pu trouver, il semble que l'évolution n'a pas été modifiée. La guérison est survenue aussi rapidement que dans les autres formes.

CONCLUSIONS

— Il existe des formes de Lymphogranulomatose inguinale subaigue qui s'accompagnent de réactions fébriles et générales, assez accusées.

— Dans le cas particulier que nous avons observé, la température a évolué sous forme de deux poussées successives ayant dépassé 40°.

— Ces réactions générales ne semblent pas avoir modifié le pronostic bénin de cette affection.

Vu :

Le Président de Thèse,

A. LEMIERRE.

Vu

Le Doyen,

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BRAULT. — Traitement des adénites inguinales. (Lyon Médical, Mars 1894).
- MAIATAN. — De l'adénite subaigue simple à foyers purulents intra-ganglionnaires. (Semaine Médicale, 1890, p. 402).
- MARION ET GAUDY. — L'adénite subaigue de l'aîne à foyers purulents intra-ganglionnaires prétendue simple. (Arch. générale de Médecine, 1901).
- LEJARS. — Le bubon strumeux de l'aîne (Presse Méd. 1894).
— Adénite subaigue et chronique simple. (Traité Duplay-Reclus, 1897, T. I).
- DONAVAN. — Medical Cases from Madrol general Hospital. (Indian Méd. Gaz. T. XL, p. 414, 1905).
- PIGEON ET TAUTON. — Contribution à l'étude d'une variété particulière d'adénite inguinale. (Arch. générales de Méd. 1908).
- DURAND, FABRE, NICOLAS. — Lymphogranulomatose. (Soc. Méd. des Hôpitaux, 6 Février 1913).
- DURAND, FABRE, NICOLAS. — Lymphogranulomatose inguinale subaigue d'origine génitale probable, peut être

- vénérienne (Soc. Méd. des Hôpitaux, 31 janv. 1913, p. 274).
- DURAND, FABRE ET NICOLAS. — Lymphogranulomatose (Province Médicale, 8 févr. 1913).
- GATE. — Lymphogranulomatose inguinale subaigue (Thèse de Lyon, 1913).
- ARAGAO ET VIANNA. — Recherches sommaires sur le granulome vénérien (Mém. de Instit. Oswaldo Cruz. I. XLV, 1912-1913).
- VALKER. — Etiologie du granulome inguinal (J. Méd. Research janv. 1918, p. 427).
- DEMANDRE. — Granulome des organes génitaux (Traité de Médecine Vidal-Roger Teissier. Fasc. V).
- RAVAUT. — Le traitement de la lymphogranulomatose inguinale subaigue par les injections d'émetine (Soc. Méd. des Hôpitaux. 10 juin 1921, p. 865).
- FAURE. — Lymphogranulomatose. Recherches Bactériologiques (Soc. Méd. des Hôp. 1921, p. 395).
- RAVAUD ET SCHEIKEVITCH. — Lymphogranulomatose des ganglions de l'aîne (Soc. med. des hôp. 1921, p. 310).
- Rapport et discussion sur la lymphogranulomatose (Congrès de Dermatologie juin 1922).
- GASTINEL ET REILLY. — Vingt cas de lymphogranulomatose (Congrès de Dermatologie, juin 1922).
- JOLTRAIN. — Peste ambulatoire et lymphogranulomatose (Congrès de Dermatologie, juin 1922).
- SPILLMANN, DROUET, MICHON. — Association syphilis et lymphogranulomatose (Congrès de Dermatologie, juin 1922).
- TEISSIER, GASTINEL ET REILLY. — Peste bubonique et polyadépathie inguinale subaigue. (Congrès de Dermatologie, juin 1922).

- MILLIAN. — Chancre mou et lymphogranulomatose. (Congrès de Dermatologie, juin 1922).
- TEISSIER, GASTINEL ET REILLY. — Reproduction expérimentale de la lymphogranulomatose. (Congrès de Dermatologie, juin 1922).
- FAYRE. — Caractères respectifs du chancre mou et du chancre lympho-granulomateux. (Congrès de Dermatologie, juin 1922).
- DUFOUR ET FERRIER. — Lymphogranulomatose inguinale. Guérison par le chlorydrate d'émetine et la teinture d'iode. (Soc. med. des hôp. 1922. p. 452).
- COUPPEY. — Lymphogranulomatose et émetine. (Thèse Paris 1922).
- RAVAUD. — Lymphogranulomatose et réaction de Wassermann. (Annales de Dermatologie, Fév. 1922).
- GAMMA. — Lymphogranulomatose (Arch. soc. med. t. XIV 1922).
- PHYLACTOS. — Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux. (Thèse de Nov. 1922).
- RANDALL. SMALL, BELEK. — Granulome inguinal. (Surg. gyn. obs. juin 1922. p. 717).
- RAVAUT, BOULIN, RABEAU. — Sur une variété de poradenolymphite. (Presse médicale 27 mai 1922, p. 453).
- GASTINEL. — La maladie de Nicolas (Bulletin médical, 15 juin 1922).
- DESTIFANO ET VACCAZYGA. — Poradenite subaigue simple de la région inguinale. (Sem. médic. 8 fév. 23).
- SOLI. — Granulome vénérien. (Gions di biol. et med. Sper. t. II, 1923).
- FERNET. — Lympho granulomatose inguinale subaigue (année médicale pratique 1923, p. 214).

- MATHAN. — La lymphogranulomatose d'après les travaux récents. (Presse méd. n° 56, 14 juillet 1923, p. 616).
- GAMMA. — Sur l'étiologie de la lymphogranulomatose subaigue. (Presse méd. 7 mai 1924, p. 404).
- COLRAT. — Granulomatose. (Thèse de Paris 1924).
- RAVAUT, BOULIN ET RATEAU. — Etude sur la paradénolymphite ou lymphogranulomatose inguinale subérique. (Ann. de dermatologie, sept. 24).
- FAVRE. — Sur l'étiologie de la lymphogranulomatose inguinale subaigue. (Presse méd. 2 août 1924).
- SEYER. — La Poradénie inguinale subaigue et ses traitements. (Thèse Paris 1924).
- Lymphogranulomatose (Zentral f. Haut, und. gesch. lecht Kraukh, 5 nov. 1925, p. 376).
- FROSER. — Maladies de Nicolas Favre. (British g. of. Derm. Janv. 1925).
- RABEAU ET BEULIN. — Forme suppurée de la maladie de Nicolas Favre. (Soc. de dermat. avril 1925).
- RAVAUT. — La maladie de Nicolas Favre. (Soc. de dermat. 2 avril 1925).
- CHEVALLIER ET BANEAU. Forme suppurée et extensive de la maladie de Nicolas Favre. (Soc. dermat. 2 avril 1925).
- BARY. — Le chancre paradénique. (Soc. dermat. 2 avril 1925).
- Lymphogranulomatose. (Monde médical 1925 n° 662, p. 246).
- MANTA ET CHATEILLIER. — Lymphogranulomatose. (Congrès de médecine de Nancy, juillet 1925).
- FIESSINGER. — Diagnostic des adénopathies chroniques de l'adulte. (j. des Praticiens, 19 mars 1925, p. 162).
- CORINVAL ET PECK. — Etiologie de la maladie de Nicolas Favre. (Arch. de dermat. and. syphil, 1925, p. 613).

LOUIS RAMOND. — Le diagnostic d'une adénite inguinale.
(Clinique et laboratoire 1925, p. 168).

DIND. — 3 cas de lympho granulomatose vénérienne. (Congrès de dermatologie, 1926).

FAVRE. — A propos du granulome vénérien. (Congrès de dermatologie, 1926).

RAMEL. — Lymphogranulomatose et humorisme. (Congrès de dermatologie 1926).

CLÉMENT. — L'étiologie du granulome vénérien. (Presse médicale, 13 nov. 1926).

TOOD. — Poradénite inguinale. (The lancet, 2 octobre 1926, page 700).

INTOSH. — Etiologie de granulome inguinale (J. An. Med. Assoc. 25 sept. 26. p. 996).

CRACARDY. — Sept cas de lymphogranulomatose (An. de Derm. déc. 1926).

KRISTJANSEN. — Un cas de poradénolymphite. (An. de Derm. Avril 1926).

FAVRE. — Quelques remarques à propos de l'article de M. Clément sur le granulome vénérien. (Presse Méd. 26 Janv. 1927).

SIMON et MARIN. — La vénéréologie. (Monde Médical, 1927. n° 703, page 320).

DUHOT et JULLIOT. — Lymphogranulomatose inguinale subaigue. (Pratique médicale Française, juin 1927).